

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

# **ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ**

Материалы 69-ой научной сессии сотрудников университета

29-30 января 2014 года

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431+52.82я431  
Д 70

**Редактор:**

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

**Заместитель редактора:**

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

**Редакционный совет:**

Профессор В.Я. Бекиш, профессор Г.Н. Бузук,  
профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский,  
профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич,  
д.м.н. Л.М. Немцов, профессор В.П. Подпалов,  
профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов,  
доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова,  
доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик,  
ст. преп. Л.Н. Каныгина.

ISBN 978-985-466-694-5

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431+52.82я431

ISBN 978-985-466-694-5

© УО “Витебский государственный  
медицинский университет”, 2014

# ЗДОРОВАЯ МАТЬ – ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК

## ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ И НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

*Арестова И.М., Дейкало Н.С., Жукова Н.П., Киселева Н.И.,  
Кожар Е.Д., Бусенко А.И., Лебедева Т.Н.*

*УО «Витебский государственный медицинский университет»*

**Актуальность.** Проблема опущения и выпадения внутренних половых органов по-прежнему остается в центре внимания врачей-гинекологов, что обусловлено не только тенденцией к увеличению частоты и тяжести данной патологии, но и стабильно большим числом рецидивов после практически всех видов хирургического лечения. Проплапс гениталий приводит не только к гинекологическим, но и социальным проблемам: потере трудоспособности, социальной дезадаптации, психоневротическим нарушениям. Среди больных, находящихся на лечении в гинекологических стационарах, 28-38,9% - женщины с данной патологией, а среди всех гинекологических заболеваний, требующих хирургического лечения, - 15% [1, 2,3].

**Материал и методы.** Проплапс тазовых органов остается одной из наиболее актуальных проблем оперативной гинекологии. Это связано с высокой частотой заболевания, которое по данным различных авторов встречается у 28-50,7% женщин [2]. Несмотря на легкость диагностики и отсутствие непосредственной угрозы для жизни жизни пациенток, данная патология ведет к анатомической и функциональной недостаточности органов малого таза и при этом часто сочетается со стрессовым недержанием мочи, а также кишечными дисфункциями [3]. Клинические симптомы ПТО приносят женщинам физические и моральные страдания, снижают трудоспособность, сексуальную активность, влияют на качество жизни [4]. Недержание мочи у женщин по-прежнему остается серьезной медицинской и социальной проблемой. Почти 50% женщин в возрасте от 45 до 60 лет отмечали когда-либо непроизвольное недержание мочи. [3].

Хорошо известно, что хирургическое лечение у таких больных является единственно эффективным методом лечения.

Среди существующих методов хирургического лечения ПТО в последние десятилетия наиболее часто применяются влагалищная гистерэктомия, «манчестерская» операция, а также различные виды вентрофиксаций матки в сочетании с кольпорафией. Однако, эти операции не лишены недостатков. Так, после влагалищной гистерэктомии у 15% больных отмечается рецидив ПТО. Нарушение функции мочевого пузыря, сексуальные расстройства и депрессия также достаточно часто возникают после влагалищной гистерэктомии. К недостаткам «манчестерской» операции следует отнести отсутствие визуализации влагалищной части шейки матки, а также деформацию и конглоутинацию её наружного зева [4].

Общее количество операций, предложенных для коррекции опущения и выпадения внутренних половых органов у женщин, к настоящему времени

составляет более 300. Столь большое количество предлагаемых способов оперативного лечения, по-видимому, обусловлено недостаточной эффективностью применяемых операций, свидетельством чему является также и высокая частота рецидивов заболевания, составляющая от 10 до 40%. Перспективным направлением по улучшению эффективности операций при тазовом пролапсе и снижению его рецидивов является применение искусственных сетчатых имплантов [2, 4].

Таким образом, проблема хирургической коррекции ПТО до сих пор остается актуальной и требует дальнейшего изыскания наиболее эффективных и менее травматичных способов оперативного лечения с применением современных петлевых (слинговых) операций, использующих искусственные сетчатые импланты. Кроме того, заслуживает внимания и вопрос тактики ведения больных, перенесших хирургическое лечение ПТО, в ближайшем и отдалённом послеоперационном периоде.

Несмотря на достигнутые успехи, остается много нерешенных вопросов в лечении ПТО и недержания мочи у женщин.

**Результаты и обсуждение.** С целью оптимизации выбора метода хирургической коррекции ПТО и недержания мочи нами проведен анализ результатов оперативного лечения пациенток с данной патологией, проведенного на базе гинекологического отделения УЗ «Витебский городской клинический родильный дом №2».

В исследование были включены 112 женщин, имевшие клинические признаки ПТО и недержание мочи. Анализ историй болезни производили с помощью специально разработанной статистической карты за 12 месяцев 2013 года. У всех пациенток подробно изучались анамнез жизни, включая перенесенные соматические и гинекологические заболевания, особенности менструальной и репродуктивной функции. Устанавливалась длительность существования пролапса гениталий до операции, наследственная предрасположенность к его возникновению. Проводился анализ жалоб, с которыми пациентка поступала в стационар, выяснялись ранее проводимые консервативные и оперативные мероприятия.

Все женщины прошли полное клинико-лабораторное обследование. Обязательным было проведение специального гинекологического исследования, пальпаторная оценка состояния промежности и оценка степени смещения матки и влагалища по классификации К.Ф.Славянского. Всем пациенткам проводили бактериоскопическое исследование влагалищных мазков. Для выявления нарушения мочеиспускания проводились функциональные пробы: кашлевая проба, стоп-тест, проба Бонне и

проба с натуживанием. Дополнительно выполнялось ультразвуковое исследование органов малого таза.

После получения результатов обследования пациенток в зависимости от степени пролапса гениталий и наличия сопутствующих гинекологических заболеваний определялся объем оперативного вмешательства. Через 3 и 6 месяцев после операции все пациентки были осмотрены повторно для оценки эффективности проведенного лечения. Для оценки качества жизни до и после оперативного лечения использовался модифицированный опросник Nottingham Health Profile (NHP)

Средний возраст обследованных женщин составил  $57,6 \pm 1,01$  лет. Анализ сопутствующих экстрагенитальных заболеваний выявил широкий их спектр у обследованных пациенток: на первом месте были заболевания сердечно-сосудистой системы (47%); на втором – заболевания желудочно-кишечного тракта (41%); на третьем – ожирение (39%), варикозное расширение вен нижних конечностей (31%), заболевания мочевыделительной системы (24%), костной системы (14%), эндокринной системы (18%).

Большая часть обследованных женщин (73,2%) имела в анамнезе более 3 беременностей, и лишь 4 пациентки (3,4%) не имели беременностей. Практически у половины всех исследованных больных в анамнезе было более трех искусственных абортов – 42,6%. Исследование особенностей течения родов пациенток показало достаточно высокую частоту травмы мягких родовых путей. Так, у каждой пятой больной были разрывы промежности (20,3%), чуть меньше женщин, имевших разрыв шейки матки и стенок влагалища (изолированно) – 16,9%. Эпизиотомии или перинеотомии в анамнезе были почти у 37,8% всех исследованных женщин.

Выбор метода оперативного лечения пролапса гениталий проводился с учетом всех факторов риска, приведших к ПТО, возраста пациентки, длительности заболевания, наличия сопутствующей гинекологической патологии, данных объективной оценки состояния промежности (степень выраженности ПТО). Были выполнены следующие виды оперативного лечения: Манчестерская операция; передняя, задняя кольпоррафия с перинеолеваторопластикой без использования синтетических материалов; влагалищная гистерэктомия, передняя, задняя кольпоррафия с перинеолеваторопластикой без использования синтетических материалов – у 65 пациенток. Аллопротезирование с использованием полипропиленового эндопротеза с целью коррекции ПТО и недержания мочи применено у 47 пациенток, из них:

- реконструктивная хирургическая операция (РХО) на органах малого таза при их выпадении, осложненном уретральной инконтиненцией с использованием аллопротезирования: влагалищная экстирпация матки, передняя пластика влагалища с полной реконструкцией фасций переднего отдела таза с использованием полипропиленового эндопротеза, задняя пластика влагалища, леватороррафия – у 33 пациенток;

- реконструктивная хирургическая операция (РХО) на органах малого таза при их выпадении, осложненном уретральной инконтиненцией с использованием аллопротезирования: передняя пла-

стика влагалища с полной реконструкцией фасций переднего отдела таза с использованием полипропиленового эндопротеза, задняя пластика влагалища, леватороррафия – у 5 пациенток;

- реконструктивная хирургическая операция (РХО) на органах малого таза при их выпадении, осложненном уретральной инконтиненцией с использованием аллопротезирования: slingовая операция в средней трети уретры с проведением сетчатого эндопротеза «TVT-O» передняя и задняя пластика влагалища, леватороррафия – у 7 пациенток.

У 1 пациентки была произведена влагалищная экстирпация матки с придатками и slingовая операция в средней трети уретры с проведением сетчатого эндопротеза «TVT-O», передняя и задняя пластика влагалища, леватороррафия; еще у 1 пациентки – Манчестерская операция и slingовая операция в средней трети уретры с проведением сетчатого эндопротеза «TVT-O», передняя и задняя пластика влагалища, леватороррафия.

Интраоперационных осложнений не было ни в одном случае оперативного лечения ПТО. Наиболее распространенным осложнением в послеоперационном периоде было нарушение самостоятельного мочеиспускания, отмечавшегося в первые 3 суток у 4 пациенток. Адекватное мочеиспускание восстанавливалось в среднем к 6-7 суткам. При контрольном осмотре через 3 и 6 месяцев рецидивов заболевания выявлено не было. При контрольном осмотре через 3 месяца диспареуния была выявлена лишь у одной пациентки. У 2-х пациенток при контрольном осмотре через 6 месяцев после операции выявлено пролабирование сетчатого протеза (дефект был успешно устранен путем иссечения фрагмента протеза и наложения вторичных швов на слизистую влагалища).

#### **Выводы**

1. Пластику влагалища в качестве самостоятельного метода коррекции рецидива ПТО возможно применять при легкой степени пролапса гениталий.

2. Выбор метода хирургической коррекции пролапса гениталий с учетом возраста пациенток и наличия сопутствующей гинекологической патологии с использованием аллопротезирования позволяет минимизировать количество интра- и послеоперационных осложнений, избежать рецидивов заболевания, улучшая результаты лечения и качество жизни женщин.

#### **Литература:**

1. Барсуков, А.Н. Пролапс тазовых органов у женщин: современное состояние проблемы / А.Н. Барсуков, О.А. Пересада, А.А. Куликов // Медицинская панорама. – 2011. – № 6. – С. 21–28.
2. Беженарь, В.Ф. Осложнения, возникающие при хирургическом лечении пролапса тазовых органов с использованием системы Prolift / В.Ф. Беженарь [и др.] // Журн. акушерства и женских болезней. – 2009. – Т. LVIII, вып. 5. – С. 25–26.
3. Дивакова, Т.С. Пролапс внутренних половых органов и стрессовое недержание мочи у женщин: патогенез, клиника, диагностика, современные подходы к лечению / Т.С. Дивакова, Е.А. Мицкевич // Репродуктивное здоровье в Беларуси. – 2009. – №5. – С.21–37.

4. Краснополский, В.И. Хирургическое лечение больных с опущением и выпадением внутренних половых органов и профилактика опущения купо-

ла влагалища после гистерэктомии / В.И. Краснополский [и др.] // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2006. – №4. – С.66–71.

## НОВОРОЖДЕННЫЙ С ОЧЕНЬ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА: ПЕРСПЕКТИВЫ ВЫХАЖИВАНИЯ

*Баркун Г.К., Лысенко И.М., Журавлева Л.Н., Косенкова Е.Г.*

*УО «Витебский государственный медицинский университет»*

**Актуальность.** На фоне ухудшения демографических показателей, возникших на рубеже XXI века: снижения рождаемости, старения населения и преобладания смертности над рождаемостью, возникла проблема воспроизводства здорового населения. Поэтому основной задачей органов здравоохранения является снижение младенческой смертности и инвалидности детей.

**Целью** данного исследования явилось определение перспектив выхаживания недоношенных детей с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой (ЭНМТ) тела при рождении.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ истории болезни педиатрического отделения для недоношенных детей учреждения здравоохранения «Витебская детская областная клиническая больница» (ВДОКБ). Данные обработаны статистически с помощью программы "Statistica 6.0".

**Результаты и обсуждение.** Стабилизации и значительного улучшения показателей младенческой смертности в области удалось добиться благодаря успехам в работе службы реанимации и интенсивной терапии, а также успешной деятельности реанимационно-консультативного центра (РКЦ) ВОДКБ. Однако, несмотря на явные позитивные тенденции в плане улучшения показателей младенческой смертности, явно прослеживаются определенные отрицательные моменты данного прогресса. Вызывает тревогу тот факт, что успехи в выхаживании детей с ОНМТ и ЭНМТ, имеют свою обратную сторону – рост числа детей-инвалидов с патологией ЦНС, бронхолегочной системы, органа зрения.

Проведенный нами анализ результатов работы отделения недоношенных ВОДКБ больницы, с учетом данных статистического анализа детской заболеваемости и смертности в РБ в последние 3 года показали, что все дети данной группы нуждались в интенсивной терапии, а половина из них (52,38%) - в искусственной вентиляции легких в связи с рождением в асфиксии (95,2%), с клиникой респираторного дистресс-синдрома, обусловленного первичной сурфактантной недостаточностью. Согласно нашим данным, более половины из них (57,2%), имеют высокий риск развития детского церебрального паралича (ДЦП).

Согласно результатам анализа статистических данных, характеризующих деятельность педиатрического отделения для недоношенных детей ВОДКБ, 51 новорожденный (10,1%) из 506 проле-

ченных больных относится к группе высокого риска по выходу на инвалидность: по патологии ЦНС – 33, врожденным порокам сердца – 4, врожденным порокам развития – 13, патологии органов зрения – 1. Из 13 новорожденных с ЭНМТ – 7 (53,9%) могут выйти на инвалидность. Все эти дети рождены в асфиксии, двое – тяжелой степени. Средняя длительность лечения этих детей составила 63 койко-дня. Ведущей патологией у детей периода новорожденности и раннего возраста являются поражения ЦНС гипоксического генеза, внутриутробные инфекции и церебральные кровоизлияния. Анализ заболеваемости новорожденных в течение последних трех лет выявил прогрессивный устойчивый рост показателя общей заболеваемости, и рост заболеваемости по указанным выше нозологическим формам.

Поэтому одной из основных задач, стоящих перед органами здравоохранения Витебской области, является не только снижение заболеваемости, но и снижение показателя выхода на инвалидность.

Анализ структуры первичной инвалидности детей в РБ показал, что к заболеваниям, которые приводят в большинстве случаев к инвалидности у детей, относятся болезни нервной системы, уступая лишь наследственной и врожденной патологии. За 2011 год, по данным педиатрического отделения для недоношенных детей ВОДКБ, зарегистрировано 25 случаев асфиксии у доношенных новорожденных, из них 7- тяжелой степени. В результате 5 из них могут стать инвалидами по патологии ЦНС вследствие развития лейкоэнцефаломалии и атрофии коры головного мозга, наружной и внутренней гидроцефалии. У недоношенных новорожденных зарегистрирован 121 случай асфиксии, причем 11 из них - тяжелой степени. Вследствие перенесенной асфиксии в родах, 21 ребенок из недоношенных также имеет высокий риск выхода на инвалидность по патологии ЦНС. Это дети с перивентрикулярной лейкомаляцией различной степени тяжести, внутренней гидроцефалией (декомпенсированные формы), ретинопатией различной степени тяжести.

Исходя из представленных фактов, закономерно возникает вопрос: как предупредить у новорожденных вероятность поражения ЦНС?

Можно выделить три основных блока задач для решения этого вопроса.

Первый блок связан с «предотвращением» преждевременных родов.

Выделяют группы риска по преждевременным